

INFORMATIONS	Nom de l'enfant : _____
	Prénom de l'enfant : _____
	Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M F
	Classe : _____
	Adresse : _____
	Code postal : _____ Ville _____
	Observations particulières : allergie, régime alimentaire, sans viande, etc...

	Nom et prénom du responsable 1 : _____
N° tél : ____/____/____/____/____	
Nom et prénom du responsable légal 2 : _____	
N° tél : ____/____/____/____/____	

Cochez les jours réservés :

RESTAURATION SCOLAIRE 2024/2025			
LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

A.L.A.E. 2024/2025 (garderie du matin et du soir)			
LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

Je soussigné (e)*, NOM : Prénom :

*Responsable légal

- Autorise le personnel encadrant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident
- Autorise si son état le nécessite son transfert vers un hôpital
- A l'occasion d'articles sur le bulletin municipal, dans la presse locale, affichage et sur le site internet, j'autorise les responsables à diffuser les photos sur lesquelles mon enfant apparaît.
- Je suis informé que l'inscription est effectuée et est valable pour l'année scolaire 2024/2025.
- Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs du restaurant scolaire municipal et de l'ALSH.

Grisolles, le/...../.....

Signature obligatoire

E-mail affaires scolaires : regie.scolaire@ville-grisolles82.fr